

Soziologische Implikationen chronisch-degenerativer Erkrankungen

Jacob, Rüdiger

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Centaurus-Verlag

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Jacob, R. (1994). Soziologische Implikationen chronisch-degenerativer Erkrankungen. *Soziale Probleme*, 5(1/2), 168-179. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-247381>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Soziologische Implikationen chronisch-degenerativer Erkrankungen

Rüdiger Jacob

Abstract

For many decades, the focus of morbidity and mortality in industrialized societies has been shifting from acute to chronic and degenerative diseases. The characteristics of chronic degenerative diseases are worked out and their implications for Parsons' sick-role concept are discussed. Particular problems arise in the medical analysis of the causes of these diseases. The increasing trends toward individualization have made it much more difficult to examine the subjective interpretations by sick people themselves.

Zusammenfassung

Seit vielen Jahrzehnten verlagert sich das Krankheits- und Sterbegeschehen in den industrialisierten Gesellschaften von den Akutkrankheiten auf die chronisch-degenerativen Krankheiten. Die spezifischen Merkmale chronisch-degenerativer Krankheiten werden herausgearbeitet und ihre Implikationen in bezug auf das klassische Krankenrollen-Konzept von Parsons diskutiert. Besondere Probleme bereitet die medizinische Kausalanalyse dieses Krankheits- und Sterblichkeitstyps. Dies gilt in zugespitzter Form für die subjektive Deutung durch die Betroffenen angesichts der zunehmenden Individualisierungstendenzen.

1. Wandel von Morbidität und Mortalität in der jüngeren Vergangenheit

Spätestens seit den fünfziger Jahren wird das Krankheits- und Sterbegeschehen in den industrialisierten Ländern von chronisch-degenerativen Krankheiten beherrscht, während zuvor Infektionskrankheiten für den weitaus größten Teil krankheitsbedingter Todesfälle verantwortlich waren.¹ So läßt sich etwa für Deutschland konstatieren: „Die Sterbefälle an infektiösen und parasitären Krankheiten konnten im Westen und im Osten Deutschlands stark eingedämmt werden und hatten 1989 nur noch einen Anteil von 0,7% an allen Sterbefällen. Dafür haben andere Ursachen an Gewicht stark zugenommen. Dies äußert sich u. a. in einer Konzentration der Sterbefälle auf wenige Todesursachen. Gut die Hälfte aller Todesfälle im früheren Bundesgebiet und in der ehemaligen DDR war im Jahr 1989 allein auf Krankheiten des Kreislaufsystems zurückzuführen. ... Bösartige Neubildungen hatten einen Anteil von rund 23%. ... Davon entfiel im Osten wie im Westen allein ein Sechstel auf Krebs der Atmungsorgane“.² Dieser Wandel im Krankheitsspektrum kommt gewissermaßen einer „pathologischen Revolution“ gleich und impliziert eine Reihe von sozialen Problemen, da chronisch-degenerative Erkrankungen bei

langwierigem und vielfach tödlich endendem Verlauf nicht heilbar sind und in jedem Fall mit deutlichen Einbußen an Lebensqualität einhergehen. „Da Gesundheit als nicht hinterfragbares Gut gilt, gibt es einen gesellschaftsweiten abstrakten Programmkonsens darüber, daß das Ziel von Gesundheitspolitik die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung durch die Minimierung krankheitsbedingter Einschränkungen der Lebensqualität und des vorzeitigen Todes ist“.³ Eben dieses Ziel der Vermeidung von chronisch-degenerativen Krankheiten wird vielfach aber nicht erreicht, wie eine Reihe von Untersuchungen gezeigt hat.⁴

2. Spezifische Merkmale chronisch-degenerativer Krankheiten

Ein wesentlicher Grund für diese nicht befriedigende Situation liegt meines Erachtens darin, daß es konsensfähiges und verlässliches Wissen bei chronisch-degenerativen Erkrankungen nicht gibt. Diese Krankheiten sind nicht nur aufgrund ihrer Dominanz im Krankheitsspektrum der Nachkriegszeit die typischen Krankheiten der Moderne, sondern auch weil sie, ganz allgemein formuliert, Unsicherheit maximieren, und zwar bei Betroffenen wie bei Nicht-Betroffenen: Sie sind - der Name sagt es - langwierig, oft qualvoll, enden häufig tödlich. Ihre Ursachen sind vielfältig und im Einzelfall kaum je mit Sicherheit zu benennen. Zwischen potentiell pathogenen Verhaltensweisen oder Umwelteinflüssen und manifester Erkrankung liegen oft Jahre; außerdem lassen sich eindeutige Kausalattributionen nicht herstellen - bestimmte Verhaltensweisen, Umwelteinflüsse usw. können sich schädigend auswirken, müssen dies aber nicht tun. An die Stelle deterministischer Aussagen zur Ätiologie treten damit probabilistische.⁵

Zudem spielen individuelle Verhaltensweisen für die Ätiologie chronisch-degenerativer Krankheiten eine sehr viel größere Rolle als bei Infektionskrankheiten. Während dort Mikroorganismen und Viren für eine Krankheit verantwortlich gemacht werden können und man Individuen heute, sofern Impfstoffe existieren, lediglich den Vorwurf machen könnte, daß sie sich - gegebenenfalls - nicht prophylaktisch haben impfen lassen, läßt sich mit Blick auf chronisch-degenerative Krankheiten nahezu alles, was man tut oder läßt, darauf hin befragen, ob es der Ausbildung einer entsprechenden Krankheit förderlich ist. Zumindest ex post stellen sich chronische Krankheiten - bei allen unbestrittenen Umwelteinflüssen - somit auch als Spiegel der individuellen Biographie dar.

Auch bei der Bewältigung solcher Erkrankungen wird dem Individuum ein sehr viel höheres Maß an Selbstkontrollkapazität abverlangt, als dies bei Infektionskrankheiten der Fall ist. Diese sind von vergleichsweise kurzer Dauer und heute meist durch Medikamente therapierbar. Zudem sind die damit einhergehenden Gesundheitsbeeinträchtigungen evident und vor allen Dingen derart, daß kaum eine andere Wahl bleibt, als sich rollenkonform „krank“ zu verhalten.⁶ Demgegenüber sind chronische Krankheiten sehr viel langwieriger. Sie lassen einige gewohnte Tätigkeiten der Alltagsroutine zu, andere nicht. Das Spektrum von Krankheitssymptomen reicht von äußerlich nicht wahrnehmbaren und die subjektive Befind-

lichkeit oft kaum beeinträchtigenden Abweichungen von Normalwerten oder Körperfunktionen (etwa bei Diabetes) bis hin zu mit starken Schmerzen verbundenen massiven Gesundheitsbeeinträchtigungen (etwa bei bestimmten Krebsarten oder bei Rheuma).

3. Parsons' Krankenrollenkonzept und das Problem chronisch-degenerativer Krankheiten

Zumindest bei einigen Krankheiten dieses Spektrums kann denn auch die Akzeptanz der Parsonsschen Konzeption der Krankenrolle zum Problem werden. Bestandteil dieser Rolle ist es einerseits, Kranke für ihren Zustand nicht verantwortlich zu machen und ihnen eine legitime Grundlage für ihre zeitweilige Befreiung von normalen und üblichen Rollen- und Aufgabenverpflichtungen zuzugestehen. Andererseits aber sind sie verpflichtet, an der schnellstmöglichen Wiederherstellung ihrer Gesundheit mitzuwirken. Solchen Erwartungen können chronisch Kranke kaum nachkommen, da eine Gesundung hier nur - wenn überhaupt - in einem sehr viel längeren Zeitraum als bei klassischen Infektionskrankheiten oder Unfällen zu realisieren ist. Da chronische Krankheiten zudem oft über lange Zeiträume hinweg äußerlich kaum sichtbar sind, kann dies dazu führen, daß die Legitimität der Befreiung von üblichen Verpflichtungen in Zweifel gezogen wird.⁷ So zeigt etwa Dornheim in ihrer Untersuchung, daß häufig Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit der chronisch Kranken vorgebracht werden: „Ob der überhaupt so krank ist?“ - diese Frage Frau Eberles galt ... dem an Multipler Sklerose erkrankten Herrn Munz, der sich nur noch im Rollstuhl fortbewegen kann. Und Herr Munz selbst hatte, wie Frau Eberle berichtete, ihren an Krebs erkrankten, inzwischen verstorbenen Bruder gefragt: ‚He-, wann gehst denn du Faulenzer wieder einmal schaffen‘. Frau Dieterle, die ich ebenfalls befragte, gestand einerseits zu, daß ihre brustamputierte Schwägerin nicht mehr viel im Haushalt machen könne, gleichzeitig warf sie ihr aber Bequemlichkeit und Schlamperei vor, die die Kranke ‚jetzt auf die Krankheit schiebt‘.⁸

4. Chronisch-degenerative Krankheiten und ihre ätiologische Deutungsproblematik

Hinter der Sammelbezeichnung „chronisch-degenerative Krankheiten“ verbergen sich mithin sehr viel heterogenere und komplexere Phänomene als hinter der Kategorie „Infektionskrankheiten“, die bei aller Varianz der Erreger und Übertragungswege auf grundlegende gemeinsame Charakteristika reduziert werden können. Sie haben *eine* isolierbare Ursache, was die Möglichkeiten der Therapierbarkeit prinzipiell deutlich steigert. Zudem ist der Krankheitsverlauf vergleichsweise kurz und mit deutlich erkennbaren Symptomen wie Fieber, Übelkeit, Hautveränderungen

usw. verbunden. Außerdem kann man - je nach Krankheit und Konstitution - auch ohne Behandlung wieder gesund werden.

Die Ätiologie chronisch-degenerativer Krankheiten ist durch die Heterogenität ihrer Ursachen und lange Latenzzeiten individueller Alltagsbeobachtung nicht zugänglich, sondern bedarf der systematischen Beobachtung von Kollektiven und statistischen Analysen. Zwar gilt auch für die Erreger von Infektionskrankheiten, daß sie der Beobachtung des Alltags entzogen sind, die Ursachen von Krankheiten dieses Typs konnten ebenfalls nur durch eine wissenschaftliche Vorgehensweise geklärt werden. Allerdings ist diese Ätiologie mit alltagstheoretischen Problemlösungsstrategien⁹ sehr viel besser vereinbar, da hier von Kausalzusammenhängen mit zeitlich kurz aufeinander folgenden Ursachen und Wirkungen ausgegangen werden kann. Die Identifizierung von *Erregern*, die man bekämpfen und beseitigen kann, bietet vielfältige Anknüpfungspunkte für Analogisierungen und Projektionen und insbesondere ein Ziel, auf das sich alle Anstrengungen richten können. Demgegenüber sind Modelle chronisch-degenerativer Erkrankungen komplexer und abstrakter: Es gibt, wie gesagt, eine Fülle möglicher Ursachen mit zeitlich weit versetzten Folgen und unübersichtlichen Wechselwirkungen, ohne daß sich eindeutige Kausalbeziehungen beobachten lassen.

Grundsätzlich läßt sich somit feststellen, daß Wissen über chronisch-degenerative Krankheiten selbst ein unsicherheitsstiftender Faktor ist, da nun zwar *wahrscheinliche* Krankheitsursachen benannt werden können, *sichere* Individualprognosen aber nicht möglich sind. Chronisch-degenerative Krankheiten sind auch deshalb individualisierende Krankheiten, weil es selbst bei Einzelkrankheiten aus diesem Spektrum ein sicheres, allgemeingültiges Wissen über Ursachen, Verlauf und Ausgang der Krankheit nicht gibt. Man muß selbst entscheiden, ob man bestimmte eigene Verhaltensweisen oder Expositionen mit möglichen pathogenen Stoffen als potentiell schädigend einschätzt, als wie groß man dieses Risiko erachtet und ob man gegebenenfalls diese Verhaltensweisen ändert oder weitere Expositionen vermeidet (soweit dies möglich ist). Dies bedeutet, daß im Prinzip jeder seine subjektive Theorie über solche Gesundheitsbeeinträchtigungen konstruiert. Dabei lassen sich zwar kollektive Muster beobachten, da eigene Auslegungen, Sinngebungen usw. stets sozial vermittelt sind¹⁰, und in solche Vorstellungen können durchaus auch Erkenntnisse aus dem Subsystem „Wissenschaft“ Eingang finden, diese Muster lassen sich aber keineswegs reduzieren auf eine wissenschaftliche Sichtweise, welche die Bedürfnisse nach Sicherheit und Sinngebung aufgrund ihrer systemspezifischen Funktionsweise gerade nicht befriedigen kann.¹¹

5. Chronisch-degenerative Krankheiten und das Individualisierungsproblem

An chronisch-degenerativen Krankheiten lassen sich damit auch die Prozesse der „Individualisierung“ und der damit zusammenhängenden Kategorisierung von Unsicherheiten als Risiken, wie sie charakteristisch für die moderne Gesellschaft sind, sehr gut aufzeigen.¹² Der Terminus der „Individualisierung“ ist insofern eine zu-

treffende Diagnose für moderne Gesellschaften, als es zunehmend grundsätzlich *auch* von individuellen Entscheidungen abhängt, wie individuelle Biographien verlaufen. Die vorhersehbare Stufenfolge des Lebens mit traditionellen Diskontinuitäten und Passageriten wird zunehmend abgelöst durch iterative Entscheidungsprozesse und Zufälligkeiten.¹³ Das bedeutet allerdings nicht - wie der Terminus der „Individualisierung“ vielleicht nahelegt -, daß Lebensläufe in steigendem Maß Resultate gezielter und erfolgreicher individueller Planung sind.¹⁴ Die individuelle Leistung besteht vielmehr primär darin, mit strukturell bedingten unvorhergesehenen, unvermittelten, unabwendbaren Friktionen zurecht zu kommen, die individuelle Planungen gerade durcheinander bringen oder völlig obsolet erscheinen lassen, weil in Anbetracht vager Perspektiven gesicherte Planungsgrundlagen fehlen.

Allerdings ist diese Entwicklung nicht so neu wie der Begriff „Individualisierung“, sondern läßt sich unter der Perspektive der Steigerung der Selbstkontrollkapazität bei Individuen bereits in den Arbeiten von Weber, Elias oder Foucault zur Entstehung der modernen, ausdifferenzierten Gesellschaft finden.¹⁵ Unbestritten ist dagegen, daß sich diese Entwicklung und insbesondere die Steigerung von Kontinenz seit den 50er Jahren immens beschleunigt hat.

Auch der Begriff der „Risikogesellschaft“ ist als Gegenwartsdiagnose insoweit zutreffend, als immer mehr individuell relevante Belange abhängig werden von individuellen Entscheidungen und künftige positive oder negative Effekte solchen Entscheidungen zugerechnet werden können, während diese Zurechnung auf eigenes Handeln bei Unsicherheiten vom konträren Typus „Gefahr“ nicht möglich ist.¹⁶ Schäden werden hier der Umwelt zugerechnet. Es ist wichtig, zwischen Risiko und Gefahr begrifflich klar zu unterscheiden. Von Risiken spricht man dann, wenn etwaige künftige Schäden auf die eigene Entscheidung zurückgeführt werden. Wer kein Flugzeug besteigt, kann nicht abstürzen. Bei Gefahren handelt es sich dagegen um von außen kommende Schäden. Um im Beispiel zu bleiben, daß man durch herabfallende Flugzeugtrümmer getötet wird. Beide Fälle behandeln die Ungewißheit eines künftigen Schadens, sind also Gegenfälle zur Sicherheit. Sie unterscheiden sich aber an der Frage, ob das Unglück auf eine Entscheidung zugerechnet wird oder nicht.¹⁷ Der Unterschied zwischen diesen beiden Handlungstypen läuft damit auf eine Frage der Zurechnung von Folgen hinaus.

Problematisch ist dabei allerdings, daß nicht von vornherein feststeht, wie im Einzelfall zugerechnet werden soll, so daß wir, wie Luhmann schreibt, vor einem klassischen Sozialparadox stehen: „Die Risiken sind Gefahren, die Gefahren sind Risiken, weil es sich um ein und denselben Sachverhalt handelt, der mit einer Unterscheidung beobachtet wird, die eine Differenz der beiden Seiten verlangt. Dasselbe ist verschieden“.¹⁸

Für dieses Sozialparadox bieten chronisch-degenerative Krankheiten in geradezu idealtypischer Weise Anschlußmöglichkeiten, denn pathogene Verhaltensweisen sind ja sozusagen nur die eine Seite der Medaille. Auf der anderen Seite lassen sich als potentielle Ursachen insbesondere für Krebserkrankungen eine Reihe von Umwelteinflüssen identifizieren, denen man ausgesetzt ist und denen man sich

durch eigene Handlungen kaum entziehen kann - ganz im Sinn der Beck'schen These von der „Risikogesellschaft“, die in dieser Perspektive aber genaugenommen eine „Gefahrenogesellschaft“ und eben keine „Risikogesellschaft“ ist¹⁹.

Gerade Krebs bietet damit auch Anschlußmöglichkeiten für traditionelle Krankheitsvorstellungen vom Typus Gefahr, wofür Infektionskrankheiten und vor allem die großen Seuchen jahrhundertlang paradigmatische Beispiele waren. Entsprechend lassen sich für Krebs Assoziationen mit Infektionskrankheiten wie TBC, Cholera, Pest oder Geschlechtskrankheiten finden.²⁰ Die Existenz von potentiellen Karzinogenen in der Nahrung, der Luft, der Kleidung usw., die inkorporiert werden, legt die Analogisierung von Kontaminationsmodellen nahe. Auch die Metaphorik, mit der Krebs zum Teil in den Medien behandelt wurde und noch wird - „moderne Seuche“, „Pest des 20. Jahrhunderts“, „Geißel“ usw. - bietet Anschlußmöglichkeiten für tradierte Krankheitsvorstellungen.²¹ Die Einschätzung von Unsicherheiten generell - eher als Risiken oder eher als Gefahren -, wie auch die von Krankheiten ist damit selbst ein kontingentes Phänomen und abhängig von grundlegenden existentiellen Problemdefinitionen, von zentralen Strategien des Weltzugangs, von perzipierten eigenen Handlungs- und Gestaltungskompetenzen.²²

6. Individuelle Deutungsmuster chronisch-degenerativer Krankheiten und Präventionsorientierung

Die unterschiedliche Verbreitung präventiver Orientierungen dürfte mithin auch mit der Existenz solcher Krankheitsbilder und Modelle zusammenhängen, bei denen Prävention - Krankheitsvermeidung durch eigenes Tun oder Lassen - nicht vorgesehen ist, also bei Infektionskrankheiten, die i. d. R. zudem therapiert werden können. Hier sind in Anbetracht der vielfach ubiquitären Erreger individuelle Verhaltensänderungen nahezu sinnlos. Ist ein Erreger virulent und vergleichsweise leicht übertragbar, dann ist die Frage, ob die Krankheit individuell zum Ausbruch kommt, abhängig von physiologischen Faktoren, aber nicht von bestimmten Verhaltensweisen.²³ Wenn nun solche Kontaminationsmodelle auf Krebs und andere chronisch-degenerative Erkrankungen übertragen werden, dann erscheinen grundlegende Verhaltensänderungen bei diesen Krankheiten ebenfalls als sinnlos. Krebs ist dann etwas, das (nahezu) ausschließlich von externen Faktoren verursacht wird, vor denen man sich durch eigene Handlungen kaum schützen kann, außer - soweit dies subjektiv als möglich erscheint - durch die Meidung von perzipierten Ansteckungsquellen, durch Ausgrenzung Betroffener.

Abhängig von perzipierten Zugriffsmöglichkeiten auf die eigene Person ist zudem die Frage, inwieweit bestimmte eigene Verhaltensweisen überhaupt als veränderbar eingeschätzt werden. Dies ist erst recht ein Problem, wenn solche Verhaltensweisen als Strategien zur Bewältigung von akuten Unsicherheiten, Krisen oder Belastungssituationen eingesetzt werden.²⁴

Botschaften mit tatsächlich oder vermeintlich²⁵ gesundheitsfördernder Zielsetzung implizieren zudem häufig paradoxe Mitteilungen, die ein ausgeprägtes Maß

an Ambiguitätstoleranz und diffizilem Unterscheidungsvermögen erfordern. Daß die lebensnotwendige Nahrungsaufnahme auch gesundheitsschädigende und lebensbedrohende Implikationen haben kann (und zwar unabhängig von Schadstoffen in Lebensmitteln), versteht sich ja nicht von selbst, wäre bei eindeutiger und einhelliger Beurteilung von ernährungsbedingten Risiken aber noch weitgehend unproblematisch. Konsens darüber gibt es allerdings gerade nicht: Es lassen sich beispielsweise konträre Auffassungen über die schädigende Wirkung von Cholesterin oder von Kochsalz beobachten. Den einen gilt Fleisch als „ein Stück Lebenskraft“, für die anderen ist es der Inbegriff ungesunder Ernährung. Ein ähnliches Bild bietet sich bei der Einschätzung von körperlichen Betätigungen: Sport ist der Gesundheit förderlich, aber auch mit Verletzungsrisiken verbunden. „Zuviel“ Sport und einseitige Belastungen können zu vorzeitigen Verschleißerscheinungen führen. Was „zuviel“ konkret heißt, ist wiederum allgemeingültig nicht zu beantworten, sondern von den jeweiligen Einzelfällen abhängig.

Selbst eine eher risikoorientierte Perspektive führt nicht zwangsläufig zu den aus wissenschaftlicher Sichtweise erwünschten und „richtigen“, d. h. risikominimierenden, präventiven Verhaltensweisen, wenn auch deren Realisierungschancen bei dieser Perspektive aufgrund der Verwendung der gleichen Leitdifferenz „Risiko“ größer sind. Das generelle Problem der subjektiven Definition von Unsicherheiten als Risiken besteht darin, von falschen Prämissen auszugehen, Risiken zu unter- oder die eigenen Steuerungsmöglichkeiten zu überschätzen. So zeigt etwa Filipp, daß der Glaube an die „eigene Unverwundbarkeit“, aus dem die Überzeugung abgeleitet wird, daß das eigene Erkrankungsrisiko im Vergleich zu anderen gering ist, relativ weit verbreitet ist. Der, epidemiologisch gesehen, unrealistische Optimismus der meisten Raucher, denen die hohen Risiken des Tabakkonsums durchaus bewußt sind, die aber auch darauf verweisen, daß nicht jeder Raucher später an Arteriosklerose oder Lungenkrebs leiden wird, dürfte auch auf solche subjektiven Risikodefinitionen zurückzuführen sein. Andere werden hier nicht für Schäden verantwortlich gemacht, vielmehr werden Schäden, von denen man weiß, daß sie grundsätzlich auftreten, anderen zugeschrieben.²⁶

Dieser „subjektiven Vernunft“ von objektivem Risikoverhalten ist mit den üblichen Präventionsprogrammen im Sinn von Informations- und Aufklärungskampagnen kaum beizukommen, da diese „die sozialstrukturellen Bedingungsfaktoren des gesundheitsschädigenden Verhaltens und die innerpsychische sowie soziale Bedeutung, die eine vordergründig selbstschädigende Verhaltensweise für den einzelnen haben kann, ignorieren“.²⁷ Hinter den bislang üblichen Informations- und Aufklärungskampagnen steht eine spezifische Sichtweise von Krankheit und Gesundheit, die aber trotz oder gerade wegen ihrer wissenschaftlichen Prägung weder als die einzig mögliche, noch als die einzig angemessene angesehen werden kann - zumal auch die Wissenschaft sicheres Wissen nicht anzubieten vermag. Gleichwohl werden in solchen Kampagnen andere Modelle und Vorstellungen von Gesundheitsbeeinträchtigungen bislang kaum oder auch gar nicht zur Kenntnis genommen.²⁸ Dies hat zur Folge, daß die Inhalte der bisherigen Kampagnen, die

stets Selektionen aus mehreren Möglichkeiten darstellen, als eben solche Selektionen von den Sendern nicht reflektiert und realisiert werden. Auf gruppenspezifische Formen von Binnenkommunikation, auf Milieus als „segmentierte Wissensgemeinschaften“, wie etwa Schulze sie analysiert hat²⁹, auf milieuspezifische Deutungsmuster wird bislang gerade nicht Bezug genommen. Solche Formen des Wissens prägen aber in wesentlich stärkerem Maß als medizinisches Sonderwissen krankheitsbezogenes und damit auch präventives Verhalten. Dabei lassen sich vielfältige Formen alltäglicher Sichtweisen von Krankheit(en) finden, ob man diese nun als Text ansieht, der Auskunft gibt über verborgene „Wahrheiten“, als schicksalhafte Gefahren oder vermeidbare Risiken oder auch als illegitime Verhaltensweisen³⁰. Entsprechend werden dann Maßnahmen der Prophylaxe oder Prävention perzipiert und (möglicherweise) handlungsleitend integriert. Dies bedeutet, wie Verres fordert, daß der „Arzt und Gesundheitserzieher ... die Laintheorien kennen [muß], wenn er sie beeinflussen will“³¹.

Eine solche „Reflektion der Anschlußmöglichkeiten des Aufklärungswissens an die Orientierung des Adressaten“³² darf dabei aber nicht den Fehler machen, individuenzentriert vorzugehen, da diese immer einen überindividuellen Kontextbezug aufweist: „Jede Fixierung von (Hilfs)maßnahmen allein auf Individuen muß ineffektiv bleiben. Die individuellen Kapazitäten für Handeln und Problembewältigung können nur in einem sozialen Kontext beeinflußt und verändert werden, denn sie sind auch in einem solchen Kontext entstanden, nämlich in einer konkreten sozialen und ökologischen Lebenswelt, die mit zum Bestandteil der Intervention werden muß, wenn sie auf das individuelle Verhalten zurückwirken soll“.³³

Subjektive Theorien, die theoretisch in ebenso vielen Varianten realisierbar wären, wie es Individuen gibt, lassen sich also allem Anschein nach bestimmten soziokulturellen und hinsichtlich grundlegender Einstellungen, Werthaltungen, Orientierungen und Verhaltensweisen klar unterscheidbaren Gruppen zuordnen.³⁴ Dies ist insofern von erheblicher Bedeutung, als es die Identifizierung und Ansprache von bestimmten Zielgruppen erleichtert. Dabei wird es in Anbetracht der Heterogenität und Komplexität des Gegenstandes aber noch einiger Anstrengungen nicht nur der Soziologie, sondern auch der Nachbardisziplinen bedürfen, wobei ein interdisziplinäres Vorgehen, wie es mit derzeit mit Public-Health-Konzepten angestrebt wird³⁵, die größten Erfolge verspricht.

Anmerkungen

1 Vgl. dazu Eberle (1990: 24).

2 Statistisches Bundesamt (1992: 200 f.).

3 Rosenbrock (1992: 2). Vgl. auch Göckenjan (1991: 15): „Gesundheit oder ‚gesund‘ als Wertaussagen zu fassen ist die üblichste und auch die umgangssprachliche Begriffsverwendung. Gesundheit kann hier Metapher für alle möglichen positiven, hochgeschätzten psycho-physischen und sozialen Umstände und Konstellationen sein. Gesundheit ist das schlechthin Gute.“

- Auch in der Bevölkerung erweist sich Gesundheit immer wieder als sehr hoch bewertetes Gut. „Das EMNID-Institut, Bielefeld, befragt seit Beginn der 60er Jahre die Bundesbürger zum Jahreswechsel nach ihrem größten Wunsch für das kommende Jahr. In allen diesen Umfragen steht Gesundheit an erster Stelle“ (Labisch 1992: 11 f.).
- 4 Vgl. dazu Dornheim (1983), Verres (1986), Hornung (1986), siehe außerdem Härtel (1985), Kläs (1985), Abholz (1988), Lang, Thiel und Kohlmeier (1990), Köhler (1991).
 - 5 Die jahrelange Diskussion um karzinogene Stoffe und deren Anerkennung durch Berufsgenossenschaften, wie sie beispielsweise in einer Spiegel-Titelgeschichte erst kürzlich wieder dargestellt wurde, verdeutlicht diesen Sachverhalt. Vgl. „Der Spiegel“, Nr 10, 1994. Allgemein zu diesem Problem siehe auch Beck (1986, 1988).
 - 6 Vgl. dazu die Überlegungen von Parsons (1977) zur Krankenrolle.
 - 7 Vgl. Parsons (1977). Zu der Frage, ob die Parsonssche Krankenrolle vor dem Hintergrund des geänderten Krankheitsspektrums noch angemessen ist, vgl. auch Stosberg und Stosberg (1991).
 - 8 Dornheim (1983: 85).
 - 9 Zu Alltagswissen über Krankheit vgl. Eirmbter, Hahn und Jacob (1993, 1994).
 - 10 Vgl. dazu exemplarisch Dornheim (1983), Verres (1986), Herzlich und Pierret (1991), Eirmbter, Hahn und Jacob (1993), Jacob (1994).
 - 11 Generell zu Funktionsweisen und Unterschieden von wissenschaftlichem Wissen und Alltagswissen vgl. Jacob (1994); zur Relevanz dieser beiden Wissenstypen bei Krankheiten (am Beispiel von AIDS) vgl. Eirmbter, Hahn und Jacob (1992).
 - 12 Vgl. dazu Beck (1986); zum Risikobegriff siehe außerdem Luhmann (1988, 1990 und 1991).
 - 13 Vgl. dazu die Arbeit von Wohlleb-Sahr über den Umgang mit „biographischer Unsicherheit“ (1992). Zum Wandel von traditionellen, zeitlich geordneten und damit erwartbaren Diskontinuitäten im Lebenslauf (Schule, Ausbildung, Heirat, Auszug aus dem Elternhaus usw.) hin zu heterogenen Diskontinuitäten vgl. auch Herlyn (1988: 113 ff.).
 - 14 Zwar hat die Gestaltung des Lebenslaufes unter dem Aspekt der systematischen Lebensführung mit dem Ziel der Erlangung von Heilsgewißheit in protestantisch-puritanischen Kontexten eine große Rolle gespielt, doch war diese Form der Lebensführung nicht dem Belieben einzelner anheimgestellt, sondern hatte sich, wenn sie überhaupt zum Ziel führen sollte, strengen Regeln zu unterwerfen, die individueller Gestaltung kaum einen Raum ließen; vgl. dazu Hahn (1986: 226).
 - 15 Vgl. dazu Weber (1984), Elias (1976), Foucault (1984); außerdem diese Ansätze zusammenfassend und integrierend Hahn (1986). Um Mißverständnisse zu vermeiden - zumal Foucault erwähnt wird -: Natürlich führen in vielen Daseinsbereichen auch Fremdkontrollen wie staatliche Verbote, Überwachungs- und Zwangsmaßnahmen oder eine prohibitive Besteuerung zu Verhaltensänderungen. Solche Maßnahmen sind aber in freiheitlich verfaßten Gesellschaften erstens zum Teil nur schwer durchsetzbar und unter Umständen mit ihren Grundsätzen auch nicht vereinbar. Zudem sind Überwachungs- und Zwangsmaßnahmen in ihrer Realisierung sehr aufwendig. Die Grenzen solcher externer Steuerungsversuche zeigen sich beispielsweise darin, daß das Verbot harter Drogen nicht dazu geführt hat, daß es keine Suchtkranken mehr gibt. Ähnlich führte die Prohibition in den USA in den zwanziger Jahren nicht dazu, daß kein Alkohol mehr getrunken wurde.
 - 16 Wie schon der Terminus „Individualisierung“ wurde auch dieser Begriff von Beck (1986) im gleichen Band in die Debatte geworfen. Im Rückblick erstaunlich ist der Umstand, daß Beck selber die Verknüpfung der beiden Teile des Buches, deren Zusammenhang, wie er später selber (1988: 93) einräumt, nicht immer deutlich wird, durch die Subsumierung der beiden Aspekte unter den Begriff einer der Moderne eigenen Unsicherheit nicht vollzieht.
 - 17 Vgl. Luhmann (1988: 286).
 - 18 Luhmann (1991: 117).
 - 19 Vgl. Beck (1986). Beck akzentuiert diese Differenz später auch selbst stärker: Er unterscheidet „vorindustrielle Gefahren“, die, da sie nicht auf menschlichen Entscheidungen beruhen, exter-

nalisiert sind, und „industrielle Risiken“, die Entscheidungsprodukte und als überschaubare kontingente Phänomene (in zeitlichen und räumlichen Grenzen) kalkulierbar sind. In ausdifferenzierten Gesellschaften kehren unkalkulierbare Unsicherheiten aber in Form „spätindustrieller Großgefahren“ zurück, die zwar historisch als Entscheidungs- und Handlungsfolgen entstanden sind, aus vielerlei Gründen aber den üblichen Rahmen von Risikokalkulationen sprengen; vgl. Beck (1988: 120 ff.).

- 20 Vgl. dazu Dornheim (1983), Verres (1986).
- 21 In noch stärkerem Maß gilt dies natürlich für AIDS, zumal die Seuche Merkmale beider Krankheitstypen - der Infektionskrankheiten wie der chronisch-degenerativen - aufweist; vgl. dazu Eirmbter, Hahn und Jacob (1993).
- 22 Vgl. dazu Jacob (1994).
- 23 Wobei natürlich nach allen bisherigen medizinischen Erkenntnissen eine „gesunde“ Lebensweise die Immunabwehr stärkt und das Erkrankungsrisiko senkt.
- 24 Auf die subjektiv entlastende Funktion von objektiv der Gesundheit potentiell abträglichen Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum oder übermäßiger und einseitiger Ernährung weisen beispielsweise die Untersuchungen von Franzkowiak (1987) und Nordlohne (1992) hin.
- 25 In der Werbung ist der Topos der „Gesundheit“ natürlich seit langem besetzt und scheint sich als Verkaufsargument auch bewährt zu haben.
- 26 Vgl. Filipp (1990: 255 f.). Siehe dazu auch Bengel (1992: 80). Auch Dornheim fand in ihrer Untersuchung, insbesondere bei Männern, die Vorstellung, daß Krebs nur die anderen - und vor allem Frauen - bekommen können; vgl. Dornheim (1983: 145).
- 27 Hurrelmann (1988: 193). Zu solchen Aspekten gesundheitsrelevanten Verhaltens siehe auch v. Troschke (1993: 158 ff.).
- 28 Vgl. dazu Eberle (1990).
- 29 Vgl. Schulze (1992: 174 ff.).
- 30 Vgl. dazu die Arbeiten von Dornheim (1983), Verres (1986), Jodelet (1991), Herzlich (1991), Thurke (1991), Eirmbter, Hahn und Jacob (1993), Jacob (1994).
- 31 Verres (1986: 3 f.).
- 32 Hüge (1990: 195).
- 33 Hurrelmann (1991: 209).
- 34 Vgl. dazu exemplarisch Eirmbter, Hahn und Jacob (1994); Jacob (1994).
- 35 Vgl. dazu Forum Public Health (Nr. 1, 1993).

1. Literatur

- Abholz, H. H., 1988: Was ist Früherkennung, was kann sie leisten? S. 63-99 in: Argument-Verlag (Hrsg.), Grenzen der Prävention. Hamburg.
- Beck, U., 1988b: Gegengifte. Frankfurt: Suhrkamp.
- Beck, U., 1986: Risikogesellschaft - Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bengel, J., 1992: Gesundheitsverhalten und gesundheitliches Risikoverhalten. S. 69-89 in: Paulus, P. (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln: GwG-Verlag.
- Dornheim, J., 1983: Kranksein im dörflichen Alltag. Soziokulturelle Aspekte des Umgangs mit Krebs. Tübingen: Volkskundlicher Verlag.
- Eberle, G., 1990: Leitfaden Prävention. Sankt Augustin: Asgard-Verlag Hippe.
- Eirmbter, W.H./Hahn, A./Jacob, R., 1994: Milieu und Krankheitsvorstellungen. In: J. Blasius/J. Dangschat (Hrsg.), Lebensstile in Städten. Opladen (im Druck).

- Eirmbter, W.H./Hahn, A./Jacob, R., 1993: AIDS und die gesellschaftlichen Folgen. Frankfurt: Campus.
- Eirmbter, W.H./Hahn, A./Jacob, R., 1992: Zum Alltagswissen über AIDS. Soziale Probleme 3: 45-78.
- Elias, N., 1976: Über den Prozess der Sozialisation, 2 Bände. Frankfurt: Suhrkamp.
- Filipp, S.-H., 1990: Subjektive Theorien als Forschungsgegenstand. S. 247-262 in: R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Forum Public Health, Nr. 1, 1993; herausgegeben von: Berliner -, Norddeutscher- und Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund Public Health, Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health. Freiburg.
- Foucault, M., 1984: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt: Suhrkamp.
- Franzkowiak, P., 1987: Risikoverhalten als Entwicklungsaufgabe. Zur "subjektiven Vernunft" von Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum in der Adoleszenz. S. 63-84 in: Laaser, U., u.a. (Hrsg.), Prävention und Gesundheitserziehung. Berlin: Springer.
- Göckenjan, G., 1991: Stichwort Gesundheit. S. 15-24 in: H.-U. Deppe/H. Friedrich/R. Müller (Hrsg.), Öffentliche Gesundheit - Public Health. Frankfurt: Campus.
- Härtel, U., 1985: Soziale Determinanten des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens. Ergebnisse und Folgerungen aus der Münchner Blutdruckstudie. Konstanz: Hartung-Gorre.
- Hahn, A., 1986: Differenzierung, Zivilisationsprozeß, Religion. Aspekte einer Theorie der Moderne. S. 214-231 in: F. Neidhardt/M.R. Lepsius (Hrsg.), Kultur und Gesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Herlyn, U., 1988: Individualisierungsprozesse im Lebenslauf und städtische Lebenswelt. S. 111-131 in: J. Friedrichs (Hrsg.), Soziologische Stadtforschung. Opladen.
- Herzlich, C., 1991: Soziale Repräsentation von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. S. 293-302 in: U. Flick (Hrsg.), Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Asanger.
- Herzlich, C./Pierret, J., 1991: Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden. München: Beck.
- Hornung, R., 1986: Krebs: Wissen, Einstellungen und präventives Verhalten der Bevölkerung. Bern: Huber.
- Huge, W., 1990: AIDS-Aufklärung und Alltag. S. 189-195 in: R. Rosenbrock/A. Salmen (Hrsg.), AIDS-Prävention. Berlin: Ed. Sigma.
- Hurrelmann, K., 1988: Sozialisation und Gesundheit. Weinheim: Beltz.
- Jacob, R., 1995: Krankheitsbilder und Deutungsmuster. Wissen über Krankheit und dessen Bedeutung für die Praxis. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Jodelet, D., 1991: Soziale Repräsentation psychischer Krankheit in einem ländlichen Milieu in Frankreich: Entstehung, Struktur, Funktion. S. 269-292 in: U. Flick (Hrsg.), Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Asanger.
- Kläs, L., 1985: Soziale Benachteiligung und Gesundheitsverhalten. Eine Fallstudie zur schichtenspezifischen Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Frankfurt: Lang.

- Köhler, B.M., 1991: Gibt es eine soziale Differenzierung des Ernährungsverhaltens? Sekundäranalytische Untersuchung sozialer Bestimmungsgrößen des Ernährungsverhaltens Erwachsener. Berlin.
- Labisch, A., 1992: Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt.
- Lang, H.-P./Thiel, C./Kohlmeier, L., 1990: Daten zu Mortalität, Risikofaktoren koronarer Herzerkrankungen und zum Ernährungsverhalten. Bundesgesundheitsblatt 33: 595-600.
- Luhmann, N., 1991: Soziologie des Risikos. Berlin: de Gruyter.
- Luhmann, N., 1990: Risiko und Gefahr. S. 131-169 in: Ders. (Hrsg.), Soziologische Aufklärung Band 5. Konstruktivistische Perspektiven. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, N., 1988: Die Wirtschaft der Gesellschaft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Nordlohne, E., 1991: Die Kosten jugendlicher Problembewältigung. Alkohol-, Zigaretten- und Arzneimittelkonsum im Jugendalter. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Parsons, T., 1977: Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. S. 323-366 in: Ders. (Hrsg.), Sozialstruktur und Persönlichkeit. Frankfurt: Europ. Verlagsanstalt.
- Rosenbrock, R., 1992: Gesundheitspolitik. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin.
- Schulze, G., 1992: Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart. Frankfurt: Suhrkamp.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Datenreport 1992. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bonn.
- Stosberg, M./Stosberg, K., 1991: Gesundheits- und Krankheitsverhalten als soziale Prozesse. S. 359-380 in: Wittenberg, R. (Hrsg.), Person - Situation - Institution - Kultur: Günter Büschges zum 65. Geburtstag. Berlin: Duncker + Humblot.
- Thurke, M., 1991: Chronische Polyarthrit: Vorstellungen junger Rheumatikerinnen zu Verursachung und Verlauf. S. 160-173 in: U. Flick (Hrsg.), Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Asanger.
- v. Troschke, J., 1993: Gesundheits- und Krankheitsverhalten. S. 155-175 in: K. Hurrelmann/U. Laaser (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim: Beltz.
- Verres, R., 1986: Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen. Mit einer Einleitung von Th. v. Uexküll. Berlin: Springer.
- Weber, M., 1984: Die protestantische Ethik I. Eine Aufsatzsammlung. Herausgegeben von J. Winckelmann. Gütersloh.⁷
- Wohlleb-Sahr, M., 1992: Über den Umgang mit biographischer Unsicherheit. Soziale Welt 43: 217-236.